

医学教育から医療教育への転換

—改革のはざまで悩む教員—

Reforms of Medical Education

金沢大学大学院医学系研究科寄生虫感染症制御学

井 関 基 弘

わが国の大学医学部では、明治以来つい最近まで、自然科学としての「医学」を学生に教えてきた。基礎医学の課程では解剖学、生化学、生理学などの「学問」であり、臨床医学の課程でも内科学、外科学、小児科学など「〇〇学」であった。6年間の医学教育を終え、国試をパスして医師免許証を取得しても診療はろくにできない。「医療」に関する教育は卒後教育に委ねられてきた。ところが、卒業して大学病院に医師として席を置いても、多くの場合、臨床医育成のための系統的・組織的教育はほとんどなされず、若い医師は先輩医師や教官のやりかたを見て、真似て、自己修得するしかなかったといえる。

ふた昔前までなら、これでも何とかやってこれたが、医療や医師に対する社会の要求は年々多様化し、厳しくなってきた。しかも、近年の生命科学の急速な進歩による知識量の膨大化と、日進月歩の高度な医療技術の開発にともない、従来型医学教育の方法ではもはや対応できなくなった。医学教育の抜本的改革が求められ、現在、従来型の「医学教育」から「医療教育」への急速な転換が進行中で、基本的にはアメリカ方式の導入である。

1952年、すなわち50年以上も前であるが、米国のケースウエスタンリザーブ大学医学部は新しい理念に基づく斬新なカリキュラムを導入した。基本は、①知識を教えるのではなく学び方を教える、②学問中心から患者中心・医療中心の教育に変えるであった。改革の中心に立った新医学部長 Dr. Wearn は、アメリカの医学教育は医療の現実から離れていること、従来の医学教育は時代遅れであることを痛感していた。当時でも発表される医学論文は年間175,000編であり、いかに講義時間を増やしても、年々増大する知識を学生に修得させることは不可能であるし、例えば記憶したとしても、学生が医師や研究者になったときには、その知識はすでに時代遅れのものかもしれない。すなわち、従来型の教育法では時代の流れ・社会の要請に対応できないとの危機感から改革を断行したのである。

この新しい医学教育方式は、全米に急速に広がり、わが国では1974年に筑波大学が初めて導入した（筑波大学医学専門学群

ホームページ、「M2カリキュラム」参照）。また、英国でも、General Medical Councilが1993年にまとめた勧告に基づき、知識詰め込み型教育から、自己啓発能力を養う教育への変換がなされつつある。

現在わが国で推進中の新しい医学教育モデルは、①卒前教育で何をどこまで教えるのか、最低限必要な授業内容の基準を全国統一コア・カリキュラムで定め、②臨床実習開始前（4年終了時）に修得すべき医学知識と技能・態度の到達度判定には、コンピュータによる全国統一の共用試験（CBT; computer-based test, 300題・6時間）と、外部試験委員を加えた客観的臨床能力試験（OSCE; objective structured clinical examination, オスキー）が導入され、③卒後教育として2年間の臨床研修が必修化される。

臨床実習前の4年間の教育には、知識伝授型と問題解決型の教育をバランスよく実施する必要がある。知識伝授型は従来の講義方式で可能であるが、基礎・臨床の講座の枠を超えて、多くの学問領域を組み合わせた統合型カリキュラムの導入も必須である。また、問題解決型には少人数制（6～8人程度）のPBLテュートリアル教育（problem-based learning tutorial system）やグループセミナー（4～15名程度）などの導入が欠かせない。これらを実施するには、従来の各専門分野別カリキュラムの時間数は大幅に減らさざるをえない。

新しい教育方式への転換が必要なことは論を待たないが、我々教員にとって教育に割くべき努力と時間はこれまで以上に増大する。一方、大学院大学の教員として優れた研究成果を多数挙げなければ、個人としても大学としても競争に生き残れない。また、「医療教育」では基礎・臨床ともに研究者の育成が困難になる。教育改革の狭間で悩む教員は少なくなかろう。

テュートリアル方式などの導入による真の教育効果の向上には、教員数の増加が必須である。米国の改革はこれを伴っていることを忘れてはならない。教員定数が削減される一方の本学の憂うべき現状を打破すべく、私達は最大限の努力を払わねばならない。